№ 4. WARSZAWA, KWIECIEŃ 1936 ROK VIII.

THERAPIA NOVA

MIESIĘCZNIK NAUKOWY POŚWIĘCONY LECZNICTWU

Dr. med. EUGENJA HORWATTOWA, Warszawa.

ZAPALENIE MIEDNICZEK NERKOWYCH U DZIECI.

Odkrywca b. coli, *Escherich*, pierwszy opisał wywołane przez ten zarazek zapalenie pęcherza moczowego u dzieci (1894). Początkowo sądzono, że infekcja ogranicza się jedynie do pęcherza moczowego; w miarę jednak dalszych badań ustalono, iż wyższe odcinki dróg moczowych mogą jednocześnie ulegać schorzeniu. Zależnie od badań i poglądów różnych autorów, wprowadzano różną terminologję: cysto-pyelitis, pyelocystitis, pyelitis, pyelonephritis (już w r. 1874 *Biegański* używał tej nazwy), nephropyelocystitis, colitoxaemia, piuria, i t. d.

W nagłówku oraz w tekście została użyta utarta nazwa schorzenia: zapalenie miedniczek nerkowych (z. m. n.), jednak, według poglądów ostatniej doby, w ogromnej większości przypadków istnieje obok zmian w miedniczkach nerkowych, jednoczesne zajęcie tkanki nerkowej. „Niema odosobnionego zapalenia miedniczek nerkowych, mówi *Gohrbandt*, opierając się na rozległym materjale klinicznym i anatomopatologicznym.

Z. m. n. spotyka się u niemowląt do roku, bardzo często, szczególnie karmionych sztucznie *(Debré)*; dlatego *Feer* uważa ,iż badać mocz należy u każdego chorego dziecka.

Według zgodnych statystyk autorów różnych krajów średnio 2/3 przypadków z. m. n. stanowią dziewczynki.

Liczby zachorowalności chłopców i dziewcząt do roku są zbliżone do siebie. W następnych latach liczby te wykazują już rozbieżność na niekorzyść płci żeńskiej. Według danych *Göpperta* w wieku do 1 roku zachorowuje

	chłopców	27	dziewczynek	34
W wieku od 1 do 2 lat	„	2	„	15
„ „ 2 „ 5 „	„	2	„	19
„ „ 5 „ 12 „	„	0	„	15

Najmłodszy chory z z. m. n. miał 4 dni *(Conrad)*. W klinice dorosłych po 40 roku życia przeważa zachorowalność u mężczyzn.

Uprzywilejowanie płci żeńskiej znajduje do pewnego stopnia wytłomaczenie w stosunkach anatomicznych — krótka, szeroka cewka u dziewczynek jest łatwą drogą wtargnięcia drobnoustrojów od zewnątrz.

Stanowi to drogę zakażenia wstępującego, drogę urogenną.

Przy nieumiejętnem pielęgnowaniu niemowląt łatwo może wtargnąć tą drogą do pęcherza puder lub maść z zarazkami, powodując gwałtowne objawy zakażenia wstępującego *(Langstein)*.

Znane są przypadki zapalenia pęcherza moczowego w przebiegu zapalenia sromu u małych dziewczynek *(Hutinel)*, nie mówiąc już o występowaniu zapalenia pęcherza moczowego w przebiegu rzeżączki.

Franke uważa, iż na drodze wstępującej ma miejsce zakażenie przedewszystkiem b. coli, zwłaszcza u dziewcząt, u chłopców natomiast według *Paisseau* ważnym momentem sprzyjającym zakażeniu na tej drodze jest obecność kamieni moczowych.

Oprócz drogi urogennej należy przyjąć możliwość szerzenia się zakażenia w z. m. n. drogą naczyń chłonnych — istnienie drogi limfogennej. Zatem przemawia:

1) Z. m. n. w przebiegu zaburzeń przewodu pokarmowego znakomicie się poprawia wraz z leczeniem tych zaburzeń

2) Naczynia chłonne kiszki ślepej oraz jelita grubego wstępującego, mają połączenia z naczyniami chłonnemi prawej nerki i prawej miedniczki *(Franke)*.

3) Występowanie z. m. n. przy stanach zapalnych dróg żółciowych także potwierdzałoby istnienie drogi limfogennej.

Ostatnio coraz więcej gromadzi się materjału dowodowego za powstawaniem z. m. n. na drodze hematogennej. *D'Albaran, Achard* i inni przytaczają szereg argumentów przemawiających za istnieniem krwiopochodnej postaci z. m. n.:

1) Schorzenie to występuje w przebiegu chorób zakaźnych: grypy, odry, szkarlatyny *(Comby)*, duru i paradurów, roseoli (de *Biehler)*, ostrego gośćca stawowego *(Nobécourt)*.

2) Źródłem zakażenia dróg moczowych mogą być ogniska ropne w ustroju: panaritium, tonsillitis, appendicitis, osteomyelitis, caries dentium, schorzenia skóry, zwłaszcza impetigo.


OPOHEMOGEN
KLAWE
ODRADZA
KREW

3) Kilkakrotnie wykazano obecność b. coli we krwi u chorych *(Gohrbandt).*

4) Stwierdzano b. coli we krwi wcześniej niż w moczu

5) Bacteriuria wyprzedza zjawienie się ropomoczu.

6) Zwykle występuje przewaga zmian anatomopatologicznych w nerkach nad zmianami w miedniczkach *(Brüning).*

Franke uważa, iż zakażenie strepto — lub stafilokokami następuje na drodze krwionośnej bez różnicy płci. zakażenie b. coli, jak wspomniano, na drodze urogennej, zwłaszcza u dziewcząt.

Zależnie od zjadliwości zarazka, sił obronnych ustroju i miejscowych warunków w drogach moczowych, występują w z. m. n. zmiany anatomiczne w nerkach Przy małej zjadliwości zarazka zmiany w nerkach obok zmian zapalnych w miedniczkach są nieznaczne, przy większej — duże, aż do pyonephrosis. W początkowym okresie schorzenia zmiany występują w istocie korowej nerek, jeśli zakażenie nastąpiło na drodze krwionośnej, jeśli zaś sprawa szerzy się drogą urogenną, powstają zmiany w istocie rdzeniowej nerki. W późniejszym okresie cierpienia, granice te całkowicie zacierają się Jedynie w przypadkach z. m. n., rozpoczynających się bardzo ostro i szybko zlikwidowanych, tkanka nerkowa nie ulega zmianom. jednak *Gohrbandt* uważa, iż absolutnie we wszystkich przypadkach występują zmiany w tkance nerkowej.

Zarazkiem najczęściej, bo w 80% wywołującym z. m. n., jest b. coli: przy posiewach spotykany jest jako czysta hodowla, bądź jako domieszka do innej flory. Nie zawsze jednak drobnoustrój wyhodowany w moczu jest wywołującym schorzenie *(Nicolle).* Miarodajnym jest posiew wykonany w pierwszych dniach choroby, gdyż już po trzech — czterech dniach występuje flora mieszana, w której górę bierze b. coli. *Faber i Letzki* znajdywali w miedniczkach i w ropniach w nerce pneumokoki i stafilokoki, podczas gdy mocz zawierał b. coli. Ten ostatni zarazek posiada dużą ilość szczepów różniących się warunkami, w których rosną oraz zjadliwością *(Löwenberg* i inni). Są szczepy, które rosną bądź w alkalicznem, bądź w kwaśnem środowisku *(Perlman).* Ph moczu, przy którem b. coli posiada zdolność rozwoju *(Morawitz),* ma dużą rozpiętość, liczby Ph leżą w granicach 5,0 — 8,0; b. coli ginie przy Ph 4,6 oraz Ph 8,4 — 9,4.

Z innych zarazków, oprócz b. coli spotykanych przy z. m. n. idą kolejno według częstości stafilokoki, potem streptokoki. Znajdywano także b. proteus, b. biffidus, prątki duru i durów wrzekomych, pneumokoki, gonokoki.

Sama obecność jednak zarazka nie wystarcza do wywołania schorzenia dróg moczowych. Wykazano istnienie bacteriurii bez piurii. W zdrowych drogach moczowych, cewce małych dzieci można znaleźć

b. coli *(Isaac)*. Prątki cholery, durów, b. coli mogą wydalać się przez drogi moczowe bez szkody dla ustroju *(Perlman)*.

Ostatnio autorzy zwracają uwagę, iż obok obecności zarazków zjadliwych muszą istnieć zaburzenia w odpływie moczu, zastój moczu, stwarzający podłoże dla rozwoju zarazków. Przyczyny wywołujące zaburzenia w odpływie moczu mogą być nawet natury czynnościowej, pozatem wrodzone lub nabyte.

Do wad rozwojowych należą: wrodzone wodonercze, megaloureter, zwężenie lub zagięcie moczowodu, moczowody dodatkowe (opisano przypadek, gdzie po jednej stronie istniały 4 moczowody), zwężenie lub rozszerzenie miedniczki nerkowej, spina biffida, przy której opróżnianie się pęcherza jest utrudnione, uchyłki pęcherza moczowego, phimosis.

Wspomniano już o roli, jaką *Paisseau* przypisuje obecności kamieni moczowych w powstawaniu z. m. n.

Zaburzenia w unerwieniu pęcherza prowadzą do zastoju moczu a w następstwie do rozszerzenia miedniczek i moczowodu *(György)*.

Po wytworzeniu się spraw zapalnych w miedniczkach i moczowodach, mięśniówka ich staje się atoniczna, obniża się elastyczność ścianek, co z kolei prowadzi do upośledzonego opróżniania. Stwarza się circulus vitiosus: infekcja — atonja — rozstrzeń — infekcja i t. d. *(Pflaumer)*.

Jak w wielu innych schorzeniach, tak i w z. m. n. odgrywa rolę czynnik konstytucjonalny. Dzieci uczulone neuropaci, dzieci ze skazą wysiękową, za skazą artretyczną — to przeważający element, który zapada na z. m. n. Schorzenie to ma u nich przebieg długotrwały i jest bardzo oporne na leczenie. Gdy w moczu obok składników patologicznych stale można wykazać obecność kryształów szczawianu wapnia, rokowanie co do zupełnego wyzdrowienia jest bardzo wątpliwe.

Związek między z. m. n. a pokrzywką wykazał *Rubritius* w kilku przypadkach. U jednej z chorych wystąpieniu pokrzywki towarzyszyło nasilenie bólów i zmniejszenie wydzielania moczu.

Stransky uważa, iż do powstania z. m. n. usposabiają awitaminozy A, B i C.

Schiff i Bayer wykazali u niemowląt znacznie odwodnionych istnienie ropomoczu (Dehydratationspyurie), powstawanie którego nie jest dostatecznie wyjaśnione.

Obraz kliniczny z. m. n. u niemowląt różni się od obrazu tego schorzenia u dzieci starszych.

Schorzenie to prawie nigdy nie daje u niemowląt objawów, któreby zwróciły uwagę w kierunku dróg moczowych. Zapalenia m. n. nie należy traktować jako powikłania z przebiegu innych chorób, lecz jako odrębną chorobę zakaźną o ostro zarysowanym zespole objawów.

Ciężkie objawy ogólne, jak ciepłota do 40°, przyśpieszony oddech i tętno, nagły spadek wagi, wiotkość tkanek, uderzająca bladość, nabrz-

miała twarz, senność, meteorismus, wymioty i biegunki są wykładnikiem ogólnego zatrucia. Stan ten określa *Michałowicz* jaki colisepsis, colitoxaemia. Ropomocz może początkowo nie występować, czasem należy kilkakrotnie zbadać mocz, by uchwycić zjawienie się ropomoczu.

W stanach ciężkich objawy oponowe nie należą do rzadkości. *Brokman i Erlichówna* spostrzegli objawy mózgowe — encephalismus — ruchy automatyczne, drgawki, niedowłady kończyn.

U niemowląt z. m. n. idzie b. często w parze z zaburzeniami przewodu pokarmowego, które stale pogarszają stan ogólny niemowlęcia, zmniejszają oporność ustroju, przeważnie i tak obarczonego wadliwą konstytucją.

Wobec dość często spotykanych zniekształceń dróg moczowych częstszych u dziewcząt i kamicy częstszej u chłopców, łatwo zrozumieć; że z. m. n. rozpoczynające się ostro bardzo łatwo przechodzi w przewlekłe. Stan ten stopniowo prowadzi do niedokrwistości różnego stopnia i wyniszczenia ustroju.

Obok postaci o początku i przebiegu ciężkim spotyka się z. m. n., przebiegające skrycie od samego początku, gdzie jedynym objawem przedmiotowym jest ropomocz, nie w każdej zresztą porcji moczu stwierdzany.

Obraz chorobowy u dzieci starszych jest bardziej zbliżony do typu dorosłych. Obok objawów ogólnych, jak wysoka ciepłota, wymioty, występują objawy subjektywne — brak łaknienia, bóle brzucha i krzyża, bolesność przy mikcji.

W początkowym okresie z. m. n we krwi może występować leukocytoza z neurofilją.

W przeciwieństwie do niemowląt dzieci starsze wykazują skłonność do nawrotów. W uporczywych przypadkach co kilka dni lub tygodni mogą występować skolei ciepłoty do 40°, trwające jeden lub kilka dni. Są to wyjątkowo uporczywe przypadki, w których obok złośliwości zarazka odgrywają rolę zmiany anatomiczne dróg moczowych.

Należy podkreślić, że skok ciepłoty nie stoi w związku ze zwiększonem wydzielaniem się ropy, raczej odwrotnie, zatrzymanie ropy daje skok ciepłoty.

Z. m. n. może symulować dury, malarję, zapalenie wyrostka robaczkowego, kamicę i czasem dopiero porcjowe badanie moczu wyjaśni istotę sprawy.

Ilość ciałek ropnych w moczu nie świadczy o ciężkości schorzenia. Przy małej ilości ropy mogą być daleko posunięte zmiany w nerkach; niezbyt rzadkiem powikłaniem z. m n. u dzieci jest paranephritis.

Odróżnianie t. zw. nabłonków górnych lub dolnych dróg moczowych według kształtu i innych cech komórek nie ma uzasadnienia w budowie histologicznej nabłonka; wszystkie drogi odprowadzające mocz, a więc miedniczki nerkowe, moczowody i pęcherz moczowy mają budowę

nabłonka jednakową; różne kształty komórek zależą jedynie od tego z jakiej warstwy nabłonka one pochodzą.

W każdym przypadku ważnem jest określić stopień uszkodzenia nerek o czem świadczą: nasilenie białkomoczu, obecność wałeczków, nabłonków nerkowych, wysokie miano mocznika we krwi, wzmożenie ciśnienia krwi i próba czynnościowa nerek.

W każdym przypadku niezmiernie ważnem jest wykonanie posiewu krwi.

Ważnem jest systematyczne badanie ciśnienia krwi, gdyż podniesienie jego jest objawem alarmującym. Według *Oppenheima* zastój moczu powstały na drodze odruchu pęcherzowo nerkowego może powodować podniesienie się ciśnienia krwi.

Ciśnienie krwi w każdym wieku oblicza się według Feera, Seilera i Salla podług formułki 80 + 2 x (x oznacza wiek).

Za intensywnością schorzenia przemawia:

1) Stałe mętny mocz,

2) Długo utrzymujący się odczyn kwaśny (przy stałem braku bak-

3) rodzaj zarazka: B. coli daje mniejsze szanse wyzdrowienia;

Suter uważa, iż b. coli jest bardzo trudno usunąć z dróg moczowych. Rokowanie co do zupełnego wyzdrowienia obarczają: 1) zły stan ogólny dziecka przed wystąpieniem z. m. n.. 2) częste nawroty,

3) wysoka bladość przy prawidłowej ilości hemoglobiny.

Rokowanie jest możliwem wówczas, gdy bardzo dokładnie poznamy warunki bakterjologiczne (posiewy) i miejscowe-anatomiczne

Dane co do tych ostatnich dostarczają cystoskopja, kateteryzacja, oraz pyelografja.

Cystoskopja i kateteryzacja moczowodów napotykają u dzieci na duże trudności. *Joseph* cystoskopował dziewczynki już od 3 mies. życia, a chłopców od 18 miesiąca. Amerykanie posiadają przyrządy tak precezyjne, iż umożliwiają one kateteryzację chłopców przed rokiem *(Jahn* i *Hirsch)*. Ma to doniosłe znaczenie, gdyż stwierdzenie tą drogą zmian anatomicznych umożliwia operacyjne usunięcie przyczyny długotrwałego ropienia.

Po spadku ciepłoty i utrzymaniu się ropomoczu nie należy zaniedbać wykonania rentgenogramu dróg moczowych. Wg. *Perlmana* jest błęterji należy myśleć o podłożu gruźliczem),
dem sztuki lekarskiej, gdy się nie szuka źródła zakażenia, które bardzo często gnieździ się w drogach moczowych. Pyelografja dożylna często ułatwia rozpoznanie (stosuje się dożylnie abrodil, per abrodil. uroselektan B, tenebryl).

Niektórzy klinicyści stosują także pyelografję wsteczną, polegającą na tem, że po uprzedniem skontrolowaniu pojemności miedniczek wlewa się określoną ilość środka kontrastowego.

Na tej drodze *Joseph* stwierdził u 5 miesięcznej dziewczynki z przewlekłym ropomoczem podwójną nerkę a u 2 i 1/2 letniego chłopca rozpoznał guz nerki.

Wspomnieć należy o pneumonephrografii, wprowadzonej przez *Rosensteina.* Stosował ją jako ultimum refugium, gdy zwykłemi metodami nie otrzymał wyników. wskutek trudności w usunięciu gazów, nagromadzonych zwykle w dużej ilości u niemowląt.

Od tyłu na wysokości 12 żebra wprowadza się na głębokość 2 cm 150 cm^3 tlenu. który izoluje nerkę od otoczenia.

Jahn i Hirsch chwalą tę metodę, inni jednak przestrzegają przed nią.

LECZENIE.

Zapalenie miedniczek nerkowych jest jednem z bardzo niewielu schorzeń, w którem skala stosowanych środków i sposobów leczenia jest tak duża, a jednocześnie tak w wynikach wątpliwa.

Leczenie daje się ująć w trzy grupy:

I Ogólne,

II Miejscowe i

III Swoiste.

Nim przystąpię do omawiania środków leczniczych, muszę położyć nacisk na stosowanie w każdym świeżym ostrym przypadku tak zwanej djety cukrowej *Arona.* Djeta ta nawet bez środków leczniczych w przypadkach nieskomplikowanych daje doskonałe rezultaty. Podaje się zwykle 2 — 3 dni w sokach lub lemoniadzie 10 do 16 gramów cukru na kilogram wagi z dużą ilością płynów. W ciągu następnych dni djeta owocowo-jarzynowa. Następne 2 tygodnie bezbiałkowe i bezsolne.

W leczeniu ogólnem operujemy środkami bądź dezynfekującymi, bądź o charakterze bodźcowym. Do środków dezynfekujących należy salol, urotropina, borotropina, uroseptina i jej pochodne jak cylotropina (Hexamethylentetr. + Natr. salic. + Coff. natr. salicyl. Klawe, Karpiński i inn.), hexal, neohexal, hexin, hexacyl, hexamon, allotropina, helmitol, myrmalid i wiele innych. Potężnym środkiem w okresie gorączkowym jest cylotropina, ma ona wtedy piorunujące działanie — daje spadek ciepłoty i oczyszcza mocz.

Działanie urotropiny polega na odszczepieniu formaldehydu. które się odbywa tylko w kwaśnym moczu i stopień rozszczepienia zależy od stopnia kwasoty środowiska. By podnieść działanie urotropinowych preparatów, zakwaszamy mocz przez zakwaszanie ustroju odpowiednią djetą i lekami jak: kwas fosforowy, solny, borny, kamforowy, ammonium chloratum. Zwiększa jeszcze bardziej kwasotę ograniczenie płynów i środki napotne. Ten typ leczenia ma jeszcze na celu przez zwiększenie kwa-

soty utrudnienie warunków rozwoju bakterji. Podajemy w niewielkiej ilości herbatkę z kwiatu lipowego, folia uvae ursi.

Zakwaszanie przeważnie natrafia na trudności.

Ostatnio *Clark* z kliniki Mayo stosuje djetę ketogenną w przewlekłych z. m. n. ze znakomitym wynikiem. Przy djecie tej mocz wybitnie kwaśny, całkowicie utrudnia wzrost bakterji. U dwojga dzieci, mimo zniekształceń w drogach moczowych djeta ketogenna usunęła ropomocz. Djeta powyższa musi być długotrwała i należy jednocześnie dbać o dowóz soli i witamin.

Nesbit, Reed i inni z kliniki w Michigan donoszą o 50 przypadkach ropomoczu, leczonych djetę ketogenną. Początkowo podawali duże ilości tłuszczów i uzyskiwali Ph 5,5 lub wyższą kwasotę moczu. Kilku tylko chorym dodawali do djety ammonium chloratum. Wyniki otrzymali b. dobre.

Michałowicz przestrzega przed zbytnim zakwaszaniem ustroju, wobec tego że z. m. n. tak często występuje u neuroartretyków.

Salol działa dobrze w środowisku alkalicznem. Osiągamy je djetą owocowo jarzynową i podawaniem natrium citricum, natrium bicarbonicum i magnesia usta. Według *Rehma* trwałą i mocną alkalizację osiągnąć można przez dożylne podanie natrium bicarbonicum.

Alkalizację ustroju wprowadził *Thomson*. Ma ona na celu, podobnie jak zakwaszanie, utrudnienie rozplemu bakterji.

U niemowląt intensywna alkalizacja budzi zawsze niepokój przed wyzwoleniem utajonej tężyczki.

Beckman, Reiss i Blum wprowadzili ostre przejścia od dni zakwaszających do dni alkalizujących. Wykazali oni na dużym materjale klinicznym, że gwałtowne przestrajanie ustroju co 4 — 5 dni, daje doskonałe wyniki, bowiem do dłużej trwającego jednakowego środowiska bakterje przyzwyczajają się.

W leczeniu bodźcowem stosuje się szereg środków. Szczególnie novarsenobenzol dawał dobre wyniki. *Joseph* i *Perlman* opanowali długotrwałą piurję, wywołaną przez b. coli małemi dożylnemi dawkami novarsenobenzolu.

Argocol również należy do tej grupy środków leczniczych.

Stosuje się także inne leczenie bodźcowe: hemoterapję *(Stransky)*, przetaczanie krwi, wstrzykiwanie mleka i t. d.

Działanie częściowo bakterjobójcze, częściowo aktywujące wywierają argochron, trypaflavina i argoflavina.

Aron i *Mendel* na b dużym materjale klinicznym doszli do przekonania, że wypłukiwanie dróg moczowych ma nadrzędne znaczenie nad wszystkiemi środkami dezynfekującemi. Po wodach mineralnych znacznie wzmaga się diureza. Ważnem jest jednak, by większą ilość podać naraz jako uderzenie wodne.

Casper stoi na stanowisku, że herbatki z ziół, lemoniady i wody mineralne działają mechanicznie, usuwając produkty chorobowe, ale prawdopodobnie odgrywają rolę także własności przeciwzapalne wód mineralnych. Być może, że, jak sądzi *Posner*, chodzi w tych razach o łatwiejsze rozpuszczanie białka i wydzieliny śluzowej *(Casper)*.

Inni uważają, że duża ilość płynów stwarza zastój i sprzyja rozplemowi bakterji.

W sprawie leczenia miejscowego zdania są podzielone. *Langstein* uważa, że to nie jest zabieg obojętny. *Völcker i Joseph* opisują b. dobre wyniki. Tłumaczy się to tem, że wypełniony pęcherz wywołuje wzmożoną diurezę na drodze odruchowej; dzięki ruchom antyperystaltycznym moczowodów i miedniczek, środek dezynfekujący sięga wyżej, a potem następuje opróżnienie ich z ropy i bakterji. Niemowlęta otrzymują ½‰ rozczyn argent. nitric., dzieci starsze nawet 1‰, — 50 do 100 cm^3. Później należy wielokrotnie płukać solą fizjologiczną. Zabieg powtarzamy co 4 dni. Do płukania służy także kwas borny, protargol, rivanol, perhydrol.

Płukanie pęcherza może mieć jedynie i wyłącznie rację bytu przy z. m. n. wstępującem i to we wczesnym okresie.

Gdy leczenie ogólne zostało wyczerpane, a proces chorobowy idzie opornie, należy zawsze uciec się do stosowania szczepionek i szczególnie autoszczepionek, zwłaszcza, gdy zostały wyhodowane b. coli niehemolizujące *(Wendt)*. W leczeniu tem przestrzegać należy indywidualizowania każdego przypadku z oddzielna. Podajemy szczepionkę o wysokiem stężeniu, taką, by wywołała dużą ciepłotę i dreszcze. Mogą jednocześnie wystąpić biegunki i miejscowe nacieki po zastrzyku, które szybko się likwidują. Nie należy zrażać się objawami ogólnemi. *(Bokay)*. Gdy właściwa dawka dla danego dziecka została ustalona, stopniowo zwiększamy ją. *Bokay* podaje od 2½ miljarda bakterji wzwyż. Po 8 — 10 dniach otrzymywał znakomite wyniki.

Obok szczepionek próbowano także leczenia przyczynowego surowicą i bakterjofagiem.

Surowicę przeciw b. coli stosowali autorzy francuscy. *Paisseau* jest zwolennikiem stosowania bakterjofagu doustnie i w postaci wstrzykiwań podskórnych. *Rohmer i Vera Berg* stosując bakterjofag, otrzymali w ostrych postaciach z. m. n. wyzdrowienie w 3 przypadkach: w 1 poprawę, w 1 brak wyniku; w postaciach przewlekłych zaś przejściową poprawę

Gdy konserwatywne leczenie zawodzi, uciekamy się do interwencji chirurgicznej, a ma ona na celu bądź usunięcie przyczyny utrudniającej odpływ moczu przy zmianach anatomicznych w drogach moczowych, bądź zlikwidowanie pierwotnego źródła infekcji.

Czerny podaje przypadki, w których usunięcie zębów z próchnicą, wyłuszczenie migdałków, zlikwidowało na stałe nawrotowe z. m. n.

Na zakończenie należy mocno podkreślić powagę omawianego cierpienia. Powinno ono być od początku traktowane jako ciężkie schorzenie, bo nie wiemy zgóry, na jakie trudności natrafimy póki nie wyświetlone zostaną tło i źródło infekcji, a nadewszystko stosunki w drogach odprowadzających mocz. Wczesne rozpoznanie częstych zniekształceń dróg moczowych i interwencja chirurgiczna, mogą zaważyć na życiu dziecka, śmiertelność bowiem w z. m. n. waha się w granicach od 8 do 20%.

Dr. ANTONI SKLEPIŃSKI.

LECZNICTWO SIARKĄ W ŚWIETLE NAJNOWSZYCH BADAŃ.

Siarka, nieodzowny składnik prawie wszystkich ciał białkowych, jest ważnym elementem w budowie naszego organizmu a w działaniu swem na przemianę materji podobnie ma działać jak witamina B. Stosunkowo wielką zawartość siarki stwierdzono w mięśniu sercowym a także i w wątrobie. Najnowsze badania przyznają siarce nawet znaczną rolę w biochemji serca (równorzędną z glykogenem). Bezwzględnie ważny udział bierze też siarka w procesach wśródkomórkowego oddychania (jako glutathion). Siarka obniża poziom zawartości cukru we krwi a powinowactwo jej do tkanki chrząstkowej stawów (kwas chondroityno siarkowy) jest bezwątpienia w łączności z korzystnem oddziaływaniem siarki przy schorzeniach stawów.

Wszelkie zatem zaburzenia równowagi czy też braku siarki w organach muszą spowodować stany chorobowe, których objawy będą zależne od siedliska wzgl. niedomagań funkcji tych organów. Do tego rodzaju „awitaminozy siarkowej" zaliczają dzisiaj także procesy przedwczesnej *miażdżycy naczyń.*

Używanie zatem kuracji siarkowych przez *zdrowych* może mieć wielkie *znaczenie zapobiegawcze* przeciw wielu chorobom i procesowi przedwczesnego starzenia się. Znane są przecież fakty, że robotnicy zatrudnieni w kopalniach siarki są bardziej odporni na gruźlicę, grypę i katary, aniżeli inni mieszkańcy odnośnej okolicy.

Nietylko więc stany *reumatyczne* czy *artretyczne* od dawna z powodzeniem leczone siarkowymi kąpielami wzgl. siarką, lecz także wiele innych procesów patologicznych nadaje się do leczenia siarką. To rozległe zastosowanie siarki w lecznictwie jest zrozumiałe, gdy się uwzględni moment, jak potrzebny jest element siarki dla normalnej funkcji ustroju.

Stwierdzone empirycznie od wieków dodatnie wyniki leczenia siarką chorób wewnętrznych dają się jednak zauważyć dopiero przy dłuższem na tygodnie obliczonem leczeniu. W tem leży zapewne przyczyna, że farmakologja doświadczalna niemogła dotychczas stwierdzić należycie skuteczności leczenia siarką w chorobach wewnętrznych, a odnośne podręczniki zawierają skąpe bardzo dotyczące uwagi.

Prócz wyżej pokrótce nakreślonego działania *swoistego* siarki, wedle wielu poważnych autorów posiada siarka także działanie *nieswoiste, bodźcowe* podobnie jak ciała proteinowe — działanie przestrajające organizm.

W tych wypadkach siarka odgrywa rolę antygenu który mobilizuje siły ochronne organizmu dla przywrócenia wielu zmian patologicznych do normy.

Działanie to ma miejsce tylko naturalnie w wypadkach stosowania siarki z pominięciem przewodu pokarmowego, a więc przystosowaniu zastrzyków, zresztą bardzo bolesnych — i doskórnie, a więc przez wcieranie wzgl. w stosowaniu kąpieli siarkowych.

Przekonano się także, że działanie siarki tak swoiste jak i nieswoiste występuje już nieraz przy stosowaniu nawet drobnych stosunkowo ilości tego elementu. Drobne też ilości siarki mogą u osób specjalnie wrażliwych (idiosynkrazja siarkowa) wywołać podniesienie ciepłoty i wykwity skórne, które to zjawisko znika bez dalszej szkody dla organizmu, niemniej jednak w wypadkach takich stosowanie lecznictwa siarką musi być przeprowadzane tylko pod ścisłą kontrolą lekarza, a niekiedy nawet zupełnie zaniechane. Wypadki takie należą jednak do rzadkości

Najstarszą metodą leczenia siarką, szczególnie chorób wewnętrznych, było stosowanie kąpieli w zdrojach siarczanych, nie zawsze i nie dla każdego łatwo dostępnych, lecz zawsze przykrych ze względu na nieznośną woń siarkowodoru, jako nieodłączną we wszystkich tych naturalnych kąpielach siarkowych.

Wadę tę nieprzyjemnej woni w mniej lub większym stopniu posiadają także dotychczas znane preparaty farmaceutyczno chem. przeznaczone dla sporządzania kąpieli siarkowych w domu. Niejednokrotnie zdarzały się nawet wypadki objawów zatrucia siarkowodorem przy stosowaniu takich kąpieli.

Najnowsze badania prowadzone nad mechanizmem działania kąpieli siarkowych wykazały wprawdzie, że siarka działa fizjologicznie tylko w formie siarczków wzgl siarkowodoru, ale i stwierdzały jednocześnie fakt bardzo ważny, że siarka wprowadzona do organizmu przez skórę „in substantia" ulega następnie przemianie na siarkowodór i wielosiarczki. Pamiętać zaś należy, że siarka jest rozpuszczalna w lipoidach

i jako taka (na podstawie Overtona) stosunkowo łatwo przenika do skóry, skąd ulega dalszej resorbcji w formie wielosiarczków, przez proste zatem wcieranie doskórne odpowiedniego preparatu siarki uniknąć by się dało łatwo kłopotliwych kąpieli siarkowych o niemiłej woni (lub bolesnych zastrzyków), a mimo to cel leczniczy osiągnąć.

Na przeszkodzie takiej racjonalnej terapji siarkowej, analogicznej zresztą do stosowania rtęci przez wcieranie Ung. Hydrarg. cin., był brak dotychczas odpowiedniego preparatu Oddawna znane preparaty siarki: Sulf. dep. i Sulfur pp. do tego celu nie nadawały się ze względu na mały stopień rozdrobnienia wzgl. za małe „napięcie powierzchniowe“ tych preparatów, a znajdujące się na rynku preparaty siarki koloidalnej są niewspółmiernie drogie dla celu wyżej nakreślonego.

To były powody stworzenia preparatu pod nazwą „THIOLIN“ (fabr. Apteka Mazowiecka, Warszawa) Preparat ten nadaje się nietylko doskonale do terapji wcierkowej siarką, ale stanowi też doskonałe, bo neutralne i zupełnie *bezwonne* mydło siarkowe dla kąpieli domowych, do celów kosmetycznych, czy też higjenicznych, o stosunkowo bardzo wysokiej zawartości siarki.

Preparat „THIOLIN“ zawiera siarkę koloidalną w ilości 25% „in statu nascendi“ stabilizowaną. Z powodu tej stosunkowo wielkiej zawartości siarki o dużem napięciu powierzchniowem, a więc bardzo aktywnej, należy bezwzględnie unikać mycia twarzy preparatem „THIOLIN“ wzgl chronić oczy przy myciu włosów!

Jako stabilizatory zawarte są w „THIOLINIE“: gliceryna chem. pur. i mydło perf. neutr. (sapo medic). Oba te stabilizatory tworzą zarazem idealne podłoże maściowe, doskonale wchłaniające się w skórę, szczególnie łatwo przy wcieraniu dobrze zwilżoną w ciepłej wodzie dłonią. Jako cenny „adjuvans“ dołącza się tu także znane działanie antiflogistyczne i bodźcowe mydła

Po uskutecznieniu wcierania połączonego ze szczotkowaniem, jak przepis załączony do preparatu podaje, należy wziąść kąpiel ciepłą. Jest to rzeczą nieodzowną, gdyż czynniki termiczne i mechaniczne kąpieli, odgrywają wielką rolę dla przyjęcia siarki w organizmie. Oba wymienione czynniki kąpieli ciepłej łącznie z przepisanem szczotkowaniem wywołują przekrwienie czynne, które wpływa na krążenie ogólne i odżywianie tkanek, wywołuje szybszy krwiobieg i zwiększa objętość rzutu minutowego serca (nieraz o 100%). Na skutek tego powstaje wzmożone przepłukiwanie tkanek krwią, szybsze i skuteczniejsze rozprowadzenie i przyswajanie siarki w ustroju, wzgl. zwiększona wymiana plazmatyczna.

M. DEMOLE. *Utajona niedomoga kory nadnercza w przebiegu przewlekłych schorzeń przewodu pokarmowego.* (La Presse Médicale Nr. 27/36 r.).

Badania kliniczne i doświadczalne ostatnich lat wykazały, że choroba Addisona nie jest jedynym obrazem klinicznym niedomogi nadnercza, która może się przejawiać pod b. różnorodnemi postaciami. Opisano przed niedawnym czasem nowy typ przewlekłej niedomogi nadnercza bez zmian barwikowych i podciśnienia, gdzie głównemi objawami była astenja i kacheksja. Związek tej sprawy chorobowej z nadnerczem stwierdzony był sekcyjnie.

Istnieje prawdopodobnie ścisły związek między niedomogą nadnerczy a przysadką (jej płatem przednim). Np. w kacheksji Simmondsa dużą rolę odgrywa czynnik niedomogi nadnerczy.

Rozpoznanie niedomogi nadnerczy opiera się na szeregu różnych objawów. Najczęstszym z nich jest astenja. Chorzy czują się zmęczeni, niezdolni do najmniejszych wysiłków. Adynamia ta nigdy jednak nie osiąga takiego stopnia, jak w chorobie Addisona, gdyż chory odczuwa zmęczenie fizyczne, psychika zaś pozostaje nietknięta w przeciwieństwie do tej ostatniej choroby.

Najcharakterystyczniejszym objawem, uderzającym lekarza od pierwszego wejrzenia, jest pigmentacja. Zjawianie się jej na powłokach jest identyczne jak w chorobie Addisona, zabarwienie skóry również się nieco różni, jest bardziej bronzowe niż przy Addisonie, gdzie przeważa odcień szaro brudnawy.

Podciśnienie jest zwykle niewielkiego stopnia. Ciśnienie skurczowe naogół nie spada poniżej 110 mm. słupa rtęci. Ważne znaczenie rozpoznawcze posiada badanie zawartości cukru we krwi. Stwierdza się zmiany w regulacji przemiany węglowodanowej, a więc naczczo obniżenie zawartości cukru we krwi, po wywołanej sztucznie hiperglikemji następczą hipoglikemję, oraz szczególną wrażliwość na insulinę.

Dawniej przypuszczano, iż ta hipoglikemja jest spowodowana brakiem wydzielania adrenaliny. Obecnie jednak utrzymuje się przekonanie, iż w regulacji gospodarki węglowodanowej główną rolę odgrywa nie istota rdzenna, lecz korowa, mianowicie wydzielana przez nią kortina. Pod wpływem kortiny następuje podniesienie zawartości cukru we krwi. Ten odczyn po podaniu kortiny, tak wyraźny u osobników z niedomogą nadnerczy, nie występuje u ludzi normalnych, odgrywa b. ważną rolę w każdym przypadku, gdy istnieje podejrzenie niedomogi nadnerczy. Schorzenie to przejawia się często pod postacią zaburzeń żołądkowo-jelitowych. Są to nieraz pierwsze objawy, kierujące pacjenta do lekarza.

Co się tyczy pochodzenia niedomogi nadnerczy, to może być ona

zejściem prawdziwej choroby Addisona, bądź też przyczyną jest marskość nadnercza, niewielkiego stopnia, pochodzenia nie gruźliczego, bądź też wreszcie zaburzenia czynnościowe, nie mające odpowiednika anatomicznego.

W klasycznej chorobie Addisona istnieje niedomoga zarówno istoty korowej jak i rdzennej nadnercza; w omawianem zaś tu schorzeniu mamy do czynienia przedewszystkiem z niedomogą istoty korowej, za czem przemawia astenja i adynamja, pigmentacja i zaburzenia w gospodarce węglowodanowej, wyraźnie zaznaczone, oraz tylko nieznacznie ujawniające się podciśnienie. Autor podkreśla częstość występowania niedomogi nadnerczy u osobników gruźliczych, jakkolwiek w samych nadnerczach u tych osobników zmian gruźliczych nie stwierdzono.

Charakterystycznem również jest stałe występowanie u tych chorych objawów dyspeptycznych, co nasuwa przypuszczenie istnienia związku między przewodem pokarmowym a nadnerczami. Istnieje hipoteza zwyrodnienia nadnerczy na tle zakaźno-toksycznem.

Autor wysuwa myśl, iż uszkodzenie nadnerczy może być wywołane zaburzeniami w przewodzie pokarmowym, a więc zaburzeniami we wchłanianiu koniecznych dla organizmu produktów.

Wiadomo jest, iż zaburzenia w przemianie sodu i potasu wpływają ujemnie na wydzielanie hormonu przez korę nadnerczy, również podkreśla się obecnie rolę witaminy C w tem schorzeniu.

Leczenie: W celach leczniczych stosuje się hormon istoty korowej nadnerczy — kortinę

O ile kortina w chorobie Addisona daje tylko przemijające poprawy, o tyle w opisywanym tu zespole niedomogi nadnercza skutek działania kortiny jest znacznie większy i naogół trwały. Mechanizm jej działania jest różny zależnie od rodzaju zmian w nadnerczach przy zmianach organicznych kortina zastępuje brakujący hormon, zaś przy zmianach czynnościowych, pobudzając gruczoł, jeszcze anatomicznie niezmieniony, doprowadza jego wydzielanie do stanu normalnego.

Kortina działa b. szybko i w małych dawkach chory odzyskuje siły, staje się zdolny do prowadzenia mniej więcej normalnego trybu życia, pimgnetacja zwykle już po upływie kilku tygodni poczyna zanikać, zmniejszając się w dalszym ciągu już po przerwaniu leczenia.

Stan zawartości cukru we krwi pod wpływem kortiny nie ulega absolutnie zmianie lub też jeszcze się obniża.

Również mało się zmienia ciśnienie tętnicze. Autor z badań swoich wysnuwa wniosek, iż w każdym przypadku przewlekłych schorzeń przewodu pokarmowego, opornych na leczenie miejscowe, należy podejrzewać współistnienie czynnika nadnerczowego.

Dr. Irena Grodzieńska.

———:o:———

DR. G. BAKACS. *O leczeniu upławów u dziewic.* (Ueber die Behandlung des Fluor virginalis). Z III Ambulat. Ginekol. w Budapeszcie. Dyrektor Doc. Dr. L. v. Göczy. (Zentralblatt für Gynäk. Nr. 10, 1936).

• Znając własności lecznicze witamin w ogólności i znając pomyślny wpływ witaminy A na komórki nabłonkowe, oraz wpływ jej na wzmożenie odporności przeciw zakażeniom oraz wpływ witaminy D na przemianę mineralną autor przystąpił do stosowania witaminy A i D u dziewic.

Wyłączył przypadki upławów z powodu rzeżączki. Przeprowadzał leczenie upławów witaminami w przypadkach, w których upławy występowały z powodu: 1. anemji, 2. gruźlicy płuc, 3. ogólnego osłabienia, 4. chorób nerwowych, 5. zmniejszonej czynności jajników.

W praktyce niezupełnie można tak pooddzielać, gdyż przyczyny bywają przeważnie złożone. Myślą przewodnią jednak był powyższy podział. Poza wymienionemi przyczynami dużą rolę odgrywała także zmieniona przemiana materji nabłonka pochwy. Według Scipiadesa równowaga w pochwie zależy od 4-ech czynników: 1. glykogen, 2. fermentacja, 3. bacillus vaginalis, 4. wydzielanie szyjki macicy. Zaburzenie równowagi jednego z tych czynników prowadzi do zmiany odczynu i flory bakteryjnej w pochwie. I nie trzeba żadnych specjalnych czynników aby takie zaburzenie powstało. Autor obserwował 40 przypadków. Podaje wyniki tylko 32, gdyż pozostałe 8 nie zgłosiło się do kontroli. Wiele z pośród tych chorych leczyło się bez żadnych wyników przez całe lata (irygacje z preparatami srebrowemi, leczenie ogólne żelazem, arszenikiem, hormonalne i t. p.).

Autor rozpoczynał leczenie od zbadania wydzieliny cewki; zbadanie stopnia czystości pochwy i wyłączenia rzeżączki. Z chwilą wyłączenia rzeżączki rozpoczynano leczenie. Przez nietknięty otwór w błonie dziewiczej wkładano pałeczkę 5 cm długą i 5 mm. szeroką, składającą się z witaminy A + witamina D + butyr. cacao + wapno + nieco rezorcyny, wyrabianą przez f-mę Richter pod nazwą „Vagovitan".

Zapomocą szklanego cewnika wciskano pałeczkę do górnej części pochwy. W pochwie pałeczka rozpuszcza się. Aby uniknąć wypłynięcia uciskano tamponem z waty. Leczenie trwa 6 tygodni. 3 razy tygodniowo zakłada się pałeczkę, tak, że pacjentka otrzymuje w sumie 18 pałeczek.

W czasie leczenia kilkakrotnie bada się stopień czystości pochwy. Uzyskane wyniki są bardzo zadowalające. Często już po 3—4 razach można było stwierdzić zmniejszenie się upławów. Ogólnie poprawa występuje po 8—10 razie. Objawy zapalne znikają. Przekrwienie pochwy ustępuje, a śluzówka uzyskuje normalny wygląd. W niektórych przypadkach sprawa wygasała na szereg miesięcy, tak, że w praktyce można uznać za wyleczoną, często jednak nawroty występowały po 3—4 mie-

siącach. W 16 przypadkach, gdzie przyczyną upławów była anemja uzyskał 6 wyzdrowień, 8 długotrwałej poprawy, 2 poprawy. W 7 przypadkach upławów przy gruźlicy płuc: 2 wyleczenia, 4 znaczna poprawa, 1 poprawa. W 2 przypadkach ogólnego osłabienia 2 wybitne poprawy. W jednym przypadku choroby nerwowej i z upławami uzyskał dużą poprawę. W 6 przypadkach upławów przy niedostatecznej czynności jajników: jedno wyleczenie, 4 wybitna poprawa, 1 poprawa.

W przypadkach ze zmniejszoną czynnością jajników poza vagovitanem stosowano terapję hormonalną — uzyskiwano dobre wyniki: w przypadkach leczonych uprzednio hormonalnie + lapis miejscowo bez żadnych wyników.

Co do stopnia czystości pochwy, to w niektórych przypadkach po 3—4 razowem zakładaniu pałeczki następowała poprawa z III na II stopień czystości. I stopień osiągano po 12—14 razie.

Autor podaje szereg przypadków i wysnuwa wnioski, że stosowanie vagovitanu: 1 prowadzi do wyleczenia (z wyj. upławów przy rzeżączce), 2. często bywa tylko przejściowa poprawa, 3. uzyskana poprawa daje się wytłómaczyć działaniem witaminy A, 4. posiada przewagę nad dotychczas stosowanemi środkami (lapis, żelazo, wapno, leczenie hormonalne, wzmacniające).

Dr. med. Halina Szenicer.

———:o:———

H. C. HAGEDORN i B. N. JENSEN. *Nowy sposób stosowania insuliny. Protamine insulinate.* (The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Styczeń 1936).

Insulina, przy leczeniu cukrzycy ma na celu zastąpienie stałego wydzielania prawidłowej trzustki do żyły wrotnej przez kilkakrotne w ciągu dnia wstrzykiwanie podskórne. Jest to oczywiście bardzo nieudolne naśladowanie natury i ustrój unika większych zaburzeń, tylko dzięki innym jeszcze poza insuliną urządzeniom, regulującym poziom cukru we krwi. Dlatego też leczenie cukrzycy insuliną niezawsze daje zadawalniające wyniki, a w cięższych przypadkach obserwuje się bardzo znaczne wahania poziomu cukru we krwi. Rozwiązanie tego problemu przedstawia duże trudności, gdyż chodzi o to, by insulinę podawać w takiej postaci, by jej wchłanianie odpowiadało stałemu wydzielaniu tej substancji do krwi w prawidłowych warunkach.

Próbowano już rozmaitych sposobów celem opóźnienia a raczej przedłożenia czasu wchłonienia insuliny :

1. Wstrzykiwano insulinę w postaci emulsji w oliwie.

2. Podawano insulinę łącznie ze środkami zwężającemi naczynia krwionośne.

3. Podawano insulinę w postaci związku trudno wchłaniającego się w tkankach ustroju.

Ta trzecia metoda przez szereg lat nie doprowadzała do zadawalniających wyników, dopiero ostatnio duńscy badacze *(Hagedorn, Jensen i inni)* zaczęli podawać insulinę w połączeniu z protaminami (proste związki aminokwasów — lizyny, argininy i histydyny) i otrzymali w ten sposób dobre wyniki. To połączenie insuliny z protaminami daje związek o pH z bardzo zbliżonem do pH tkanek ustrojowych i dlatego wchłania się bardzo wolno. Zalety tego nowego sposobu podawania insuliny polegały na tem, że unika się przedewszystkiem tych nagłych skoków zawartości cukru we krwi, obserwowanych pod wpływem zwykłej insuliny.

Pozatem efekt działania insuliny w połączeniu z protaminami jest znacznie dłuższy — prawie dwukrotnie dłuższy niż zazwyczaj.

Można więc w ten sposób zmniejszyć wahania cukru we krwi, cukromocz i wydzielanie amonjaku, a więc uniknąć niebezpieczeństwa hypoglikemji małą ilością zastrzyków dziennie.

Autorzy nie zauważyli żadnych ujemnych skutków stosowania insuliny w tej nowej postaci. Otrzymało się dobre wyniki zarówno u dzieci jak i dorosłych, niezależnie od tego, czy chorzy pozostawali w łóżku, czy też nie. Szczególnie dobre wyniki otrzymano w przypadkach cukrzycy powikłanej zapaleniem nerwów, lub powiększeniem wątroby u młodych pacjentów.

Autorzy na podstawie swych własnych badań klinicznych doszli do wniosku, że najlepiej jest stosować zwykłą insulinę zrana, a wieczorem „protamine insulinate". Istnieją jednak i takie przypadki, w których otrzymuje się lepsze wyniki, stosując tylko insulinę w połączeniu z protaminami.

W przypadkach śpiączki, rzecz jasna, zwykła insulina oddaje lepsze usługi i powinna być stosowana ze względu na swe szybkie działanie.

Autorzy podkreślają, że w przypadkach, w których przy pomocy zwykłej insuliny otrzymuje się zadawalniające wyniki, ta nowa postać

insuliny nie przedstawia żadnej specjalnej wartości.

Ocena tej nowej postaci insuliny wymaga dalszego badania klinicznego.

Dr. B. Szalita.

———:o:———

HEIM. *Praktyczne uwagi w zakresie leczenia chirurgicznego choroby Basedowa.* (Der Chirurg Nr. 5, 1935 r.).

Autor podkreśla, że średnio ciężkie i ciężkie przypadki należy bezpośrednio skierować do rąk chirurga. Tem samem tak zabiegi przygotowawcze jak i sama operacja powinna znajdować się w jednem ręku. Każdy przypadek musi być potraktowany przed zabiegiem kuracją jodową. Natomiast leczenie zachowawcze jodem musi być raz na zawsze wzbronione. Najcięższe nawet zaburzenia sercowo - naczyniowe nie są przeciwwskazaniem do kuracji jodowej, a następnie operacji. Autor podaje prócz wstępnego leczenia jodem leczenie preparatami grasicy, jak też naświetleniami jej okolicy. Sam dobrych wyników nie widział. Co się tyczy przemiany podstawowej uważa on, że metoda Reada przewyższa metodę Krogha, polegającą na obliczaniu przemiany oddechowej. Pierwsza jest prosta, nie wymaga przyrządów i również dobre oddaje nam usługi.

Wzór przemiany podstawowej wg. Reada: 0'75 $\times$ ilość tętna na minutę + amplituda ciśnień krwi $\times$ 0'74 — 72.

Autor zwraca uwagę na pewien związek choroby Basedowa z chorobami ginekologicznemi (mięśniak) lub też pewnemi stanami nawet fizjologicznemi (menopausis).

Stanowczo odradza stosowania naświetlań. Albowiem poza wątpliwą skutecznością, powstają duże zrosty, które uniemożliwiają prawidłowy przebieg operacji. Podczas zabiegu samego autor przekłada narkozę pełną nad znieczuleniem. Z środków usypiających jako najlepsze uważa evipan lub awertynę.

Po zabiegu należy strzec się wstrząsu za którego przyczynę uważa raczej „hypothyreoxemia" a więc niedomogę czynności gruczołu tarczowego. Wstrząs taki należy traktować indywidualnie, nie zawsze nawet jest koniecznem wkroczenie lekarza. Po 14—21 dniach pobytu w szpitalu i 6 tygodniach wypoczynku, pacjent staje się zdolnym do pracy zawodowej. Autor jest gorącym zwolennikiem wczesnego zabiegu. Unika się bowiem ciężkich fizycznych i psychicznych zmian, które mogą nawet doprowadzić do wyniszczenia (cachexia basedoviana), jak też dużych kosztów leczenia zachowawczego. Zabieg operacyjny przy minimal-

nem ryzyku (*2% śmiertelności*) gwarantuje szybki powrót do zdrowia i do normalnej pracy.

Dr. M. Landesman.

———:o:———

DR. H. SCHWERMANN (Kierownik zakładu leczniczego w Waldeck i sanatorjum dziecięcego w Schömberg-Wildbad). *O dawkowaniu Dicodidu.* (Med. Klin. Nr. 49, 1935).

Autor, który przedtem zwykle stosował kodeinę, przepisuje od lat blisko 10-u Dicodid i na podstawie swoich doświadczeń porównywa oba te leki pod względem ich działania i przyswajalności. Wyższość Dicodidu polega na tem, że w przeciwieństwie do kodeiny nie wywołuje zaparcia ani utrudnia wykszłuszania.

Dawka 0,005 g. Dicodidu, stosowana co 2 — 3 — 4 godziny, okazywała się wystarczającą, — również i w ciężkich przypadkach, — jakoteż wolną od działań ubocznych. Dawki 0,01 Dicodidu, które w praktyce prawie wcale nie wchodzą w rachubę, przeznaczone są dla specjalnych przypadków, przedewszystkiem dla chorych, u których kodeina oraz małe dawki morfiny i Dicodidu są bezskuteczne. Mimoto stosuje się najczęściej opakowania po 0,01 g. Dicodidu, — co wypada ekonomiczniej, — ponieważ te tabletki mogą być przepoławiane.

U chorych, którzy jeszcze nigdy nie dostawali Dicodidu, konieczne jest dawkowanie stopniowe, a mianowicie, rozpoczynanie od połowy tabletki à 0,005 g., ponieważ u niektórych pacjentów może zachodzić idjosynkrazja. Tabletki należy przyjmować po jedzeniu, nierozpuszczone, z małą ilością płynu. Autor pozostawia chorym Dicodid do ich dyspozycji, ponieważ, wedle jego doświadczenia, nie występuje przyzwyczajenie. Jeśli środek ten nie jest już więcej potrzebny, można go odstawić z dnia na dzień.

W końcu autor wspomina o pracy *Meyer'a i Pfaffenholz'a* (z Klin. Med. 1932 r., tom 120, zesz. 5/6, str. 634), których pacjenci dobrze znosili większe dawki Dicodidu przez dodanie kofeiny lub atropiny i wskazuje na to, że tego rodzaju połączenia wywierają dobry skutek w wyjątko-

wo ciężkich przypadkach. Objawy uboczne nie występują, oraz działanie, uśmierzające kaszel, nie słabnie. Dawkowanie u dzieci autor omawia w krótkich słowach.

—:o:—

A. RAVINA. *Hamujący wpływ pepsyny na własności przeciwanemiczne śluzówki żołądka.* (La Presse Médicale Nr. 25/36 r.).

Od czasu badań, dokonanych przez Castla, znany jest wpływ żołądka na układ krwiotwórczy. Castle wykazał, że jeśli zmieszać normalny sok żołądkowy np. z mięsem wołu, to po pewnym czasie ta mieszanina, podana osobnikowi, cierpiącemu na anemję złośliwą, spowoduje wydatny wzrost ilości retikulocytów. Nie potrafją zaś tego dokonać składniki mieszaniny, podane zosobna.

Castle stworzył teorję istnienia w soku czy w śluzówce żołądka specjalnego czynnika, który w zetknięciu z mięsem wołu powoduje powstanie czynnika przeciwanemicznego.

Tymczasem badania, wykonane przez Greenspou, wykazały, że jeśli zmieszać wysuszony żołądek z pepsyną i kwasem solnym i podać tę mieszaninę osobnikowi, dotkniętemu anemją złośliwą, nie otrzymuje się żadnego wyniku w sensie zmniejszania stanu anemji. Z drugiej zaś strony żołądek, pozbawiony pepsyny, specjalnie silnie oddziaływuje w tym kierunku. Zmieszany z kwasem solnym i pepsyną traci swe własności Zmieszany tylko z kwasem solnym (bez pepsyny) zachowuje je.

Wynika z tego wniosek, iż pepsyna niszczy czynnik przeciwanemiczny, czego sam kwas solny nie czyni. To jest przyczyną, iż sok żołądkowy normalny sam nie posiada własności przeciwanemicznych. Wobec tego Greenspou począł zobojętniać pepsynę, podając węglan wapnia. Taki sok żołądkowy, pozbawiony niszczącego działania pepsyny, sam bez żadnego dopełniacza wpływa dodatnio na układ krwiotwórczy i powoduje silny wzrost retikulocytów.

Dr. Irena Grodzieńska.

—:o:—

DR. NISHIHARA *Wpływ jodowych preparatow na doświadczalną miażdżycę naczyń.* (Hekuetsu Igakkai Zasshi), Rocznik 50, zeszyt 9, Nr. 369 z 10 sierpnia 1935 r.

Autor badał wpływ jodowych preparatów (Lipojodina i jodek potasu) na doświadczalną miażdżycę naczyń na podstawie zawartości cholesteryny we krwi, ciśnienia krwi i zmian aorty. Do doświadczeń służyły białe, dojrzałe króliki. Codzień rano otrzymywały one 0,5 cholesteryny w postaci emulsji z żółtkiem jaja. Lipojodina w postaci 10% roztworu

cukru mlecznego podawana była z pokarmem w ilości 15 mg. na kilo wagi.

Wnioski: U królików karmionych cholesteryną w postaci emulsji z żółtkiem jaj stwierdzono podwyższenie ciśnienia krwi, hypercholesterynemję oraz zmiany ateromatyczne na ścianie aorty. Przy takiej doświadczalnej miażdżycy naczyń Lipojodina i inne preparaty jodowe wykazują lecznicze działanie: obniżają ciśnienie krwi i powodują szybkie ustąpienie hypercholesterynemji.

Dr. med. W. Kur wski.

———:o:———

DR. LISELOTTE BERNECKER. *Działanie Pyoktaniny na prątki błoniczne.* (Z Uniwersyteckiej Kliniki Dziecięcej w Kolonji Dyrektor: Prof. Dr. H. Kleinschmidt). (Kinderärztliche Praxis 1935, zeszyt 10, str. 437).

W ostatnich czasach niejednokrotnie leczono błonicę z dobrym wynikiem zapomocą Pyoktanin coeruleum. Autorka stosowała ten środek również z bardzo dobrym wynikiem w błonicy, posługując się 3% wodnym roztworem. Leczyła tym sposobem 126 dzieci. Z tych można było zwolnić 114 = 90,48%, jako wolnych od prątków błonicznych. Przeważna część pacjentów (72 = 63,15%) już po 7 — 8 — 9-dniowem leczeniu była pozbawiona prątków błonicznych, dalszych 13 dzieci nawet już po 2 — 6 dniach. w całości zaś t. j. 85 czyli 74,56% dzieci wyleczono w ciągu 9 dni. Przeciętny czas leczenia wahał się w poszczególnych grupach od 8,3 do 21,25 dni, przyczem najuporczywsze były przypadki błonicy gardła, powikłane płonicą, lub przypadki płonicy, do której przyłączyła się błonica gardła. Zwraca się także uwagę na fakt, że dzieci z zapaleniem ucha wymagają dłuższego leczenia. Autorka jest zupełnie zadowolona z wyników, uzyskanych po stosowaniu 3%-wego wodnego roztworu Pyoktaniny. Środek ten winien być nadal stosowany przeciw błonicy.

———:o:———

GEORGES TRON. *Kwas askorbinowy a leczenie błonicy złośliwej.* (La Presse Médicale. Marzec 1936).

Nowe badania wykazały, że w przebiegu błonicy znika kwas askorbinowy z kory nadnerczy, w których normalnie znajduje się w większych ilościach. Przekonano się też na drodze doświadczalnej (Polonyi), że u świnek morskich, zakażonych jadem błoniczym, ilość kwasu askorbinowego w wątrobie i w nadnerczach maleje do $^1/_3$ normalnej zawartości. Objawy krwiotoczne, które obserwuje się przy znacznej intoksykacji jadem błoniczym, też wskazują na brak witaminy „C" w ustroju.

Fakty te skłoniły do zastosowania w leczeniu błonicy, oprócz zwykle stosowanych środków, także kwasu askorbinowego.

Autor stosował tę metodę leczenia błonicy w ciągu roku. Wprowadzał kwas askorbinowy w ilości 0,05 dożylnie tylko w przypadkach błonicy złośliwej, zazwyczaj 1 raz dziennie. W dwóch przypadkach wstrzyknięto 3 ampułki w ciągu jednego dnia (0,15), a w jednym przypadku 4 ampułki czyli 0,2. Leczenie takie przeprowadzono od początku choroby w ciągu 3 — 8 dni. Chorzy znosili bardzo dobrze ten środek leczniczy, ale poprawy pod wpływem tego leku nie zauważono. Śmiertelność nawet była nieco wyższa, niż przy zwykłej błonicy złośliwej.

Autor przyznaje, że dane, na których on się opiera, nie są wystarczające i nie można z tego wyciągać ostatecznych wniosków, sądzi jednakże, iż doświadczenie jego wskazuje na to, że kwas askorbinowy w zwykle stosowanych dawkach jest w leczeniu błonicy złośliwej bez skuteczny.

Dr. B. Szalita.

—————:o:—————

PAESLER. *Los 282 chorych na raka odbytnicy w zależności od rodzaju zabiegu* (Der Chirurg Nr. 4, 1935 rok).

Autor dzieli przypadki na 3 grupy: 1 grupa (44%) dokonano zabiegu radykalnego. 2 grupa (47%) naświetlania i zabiegi częściowe (anus praeternaturalis). 3 grupa (9%): pozostawiono bez leczenia.

Młodszy wiek chorych dawał częściej wskazania do zabiegów radykalnych, ze względu na większe szanse przetrzymania operacji, jak też na dłuższy okres życia.

Ze sposobów operacyjnych stosowano spoczątku typ brzusznokrzyżowy na jedno tempo, z amputacją odbytu i założeniem odbytu brzusznego. Później wprowadzono: 2. tempa (1 tempo założenie odbytu, 2. krzyżowa amputacja nożem elektrycznym).

W roku 1933 powrócono do metody pierwszej nieco modyfikując ją.

Śmiertelność ogólna wynosi 27%, z czego pierwszym sposobem przypada 35%, drugim 18%. Widoczne zmniejszone niebezpieczeństwo w drugiej metodzie po uprzedniem założeniu odbytu, a więc odciążeniu pola operacyjnego.

Do lepszych wyników przyczynił się również nóż elektryczny.

Jako przyczyny śmierci autor w $^1/_3$ podaje zapalenie otrzewnej rozlane. Na drugiem miejscu stawia wstrząs naczyniowy (szczególnie w pierwszej metodzie). Następnie posocznica 30% i zapalenie płuc 13%.

Co się tyczy wyników: Po 3 — 5 lat żyło 30% operowanych. W zależności od metod pierwsza (kombinowana) dała 30% wyleczeń, a krzyżowa (druga) 35% + 5% z nawrotami, ale operowanemi i wyleczonemi.

Autor jako zasadę stosuje metodę drugą w 2 tempa: 1 akt założenie sztucznego odbytu i rewizja brzucha i miednicy. 2 akt: wycięcie odbytu na drodze krzyżowej.

Kombinowaną metodę w formie synchronicznej modo Kirschner stosuje tylko przy wysoko położonym raku i u pacjentów z dobrym stanem ogólnym.

Z grupy nieoperowanych i częściowo operowanych w przeciągu 3 lat: z 10 u których zabieg był możliwy, ale którzy nie zgodzili się nań żyło $^1/_3$, ale stan ich wróżył, że 5 lat nie doczekają. W przeciwieństwie u operowanych po 3 latach nastąpił 1 nawrót na 23 chorych.

Co się tyczy odbytu autor uważa, że najlepszy jest brzuszny, a zamiast pelotki metalowej używa bandaż elastyczny modo Kirschner. Z 9 niezdatnych do zabiegu i nie operowanych o wiele więcej utrzymało się przy życiu niż z osobników, u których zastosowano energję promienistą.

Założenie odbytu sztucznego i zastosowanie radu bynajmniej nie przedłuża życia chorym.

Z naświetlanych po 1 roku żyło 41%, z odbytem sztucznym 39%.

Po dwóch latach z odbytem sztucznym pozostało przy życiu 18%, a z zupełnie nieleczonych 14%. Widocznego więc skutku niema.

Reasumując ostatnią grupę należy podkreślić, że los nieoperowanych, operowanych częściowo (odbyt sztuczny) i leczonych energją promienistą jest ten sam .

Jedyną szansą jest operacja radykalna i to dwuczasowa, aczkolwiek liczba przypadków wyleczonych jest stosunkowo bardzo mała.

Dr. Landesman.

———:o:———

REICHLE. *A. T. 10 przy nie dających się zatamować krwiotokach.* (Der Chirurg Nr. 4, 1935 rok).

Autor podaje przypadek, gdzie przez szereg lat występują krwawienia skórne. Ostatnio przy zabiegu na zębie krwawienia dziąsła i równo-

cześnie skórne. W miejscu wstrzykiwań duże krwiaki. Clauden, adrenalina, sól hypertoniczna, stryphon, transfuzje, naświetlania śledziony nie pomagały i wywiązuje się anemja. Po doustnem zastosowaniu A. T. 10 krwawienia ustały i stan krwi polepszył się. Autor przypuszcza przyczynowy związek poprzez przemianę wapniową na ściany naczyń. Zaznacza również, że podobne wyniki dodatnie w ciężkich krwawieniach otrzymywano po zastosowaniu witaminy C.

Dr Landesman.

———:o:———

DR. TOSHIMORI OGATA. *O męskim hormonie płciowym Androstinie.* (Klinika Ogata w Tokjo). (Kansai Iji, Nr. 236, 1935 r.).

Dr. Toshimori Ogata, dyrektor kliniki badał nasienie u 3 pacjentów przed i po zastosowaniu androstiny. Podczas gdy przed zastosowaniem androstiny liczba plemików była mała i ruchliwość nieznaczna, po androstinie ruchliwość wzmogła się jak również i ich okres życia przedłużył się.

U 57-letniego mężczyzny z przerostem gruczołu krokowego zastosowano 12 injekcyj androstiny, skutek, w przeciwieństwie do innych preparatów, był zadziwiający.

W 9 przypadkach neurastenji płciowej, zaburzeniu zdolności płciowej, ejaculatio praecox 3-11 injekcyj androstiny spowodowały wzmożenie libido, ustąpienie zmęczenia i wzmożenie energji.

Stany podniecenia u kobiet histerycznych pod wpływem androstiny zmniejszały się. W jednym przypadku, gdzie środki nasenne były bezskuteczne, dobry skutek wystąpił już po 2 injekcjach androstiny.

Dr. med. F. Mikulska.

———:o:———

Z. CORNIL i J. PAILLAS. *O działaniu hipoglikemicznem wyciągu jądra w cukrzycy.* (La Presse Médicale Nr. 27/36 r.).

Już od dłuższego czasu wielu autorów zwraca uwagę na związek, zachodzący między zaburzeniami w regulacji przemiany węglowodanowej a zmianami organicznemi i czynnościowemi w gruczołach o wydzielaniu wewnętrznem. L. Cornil i J. Paillas badali działanie hipoglikemiczne wyciągów z jąder. Stosowali je dożylnie u 10 chorych na cukrzycę. Wyniki otrzymane były różne: u kilku chorych nastąpił gwałtowny spadek zawartości cukru we krwi, u innych był znacznie powolniejszy. Zależy to od czynników indywidualnych. Stwierdzono również w pewnym wypadku zwiększenie zawartości cukru we krwi.

Autorzy powyższej pracy stwierdzili, iż wyciągi jądra wpływają u chorych na cukrzycę na diurezę, powodując znaczne jej zmniejszenie. Zmniejsza się również naogół zawartość cukru w moczu.

Tłumaczy się to bądź bezpośrednim wpływem wyciągów z jąder na przemianę węglowodanową, ich specyficznemu działaniem farmakodynamicznem, bądź też wpływem pośrednim, a mianowicie za pośrednictwem innych narządów o wydzielaniu wewnętrznem.

Na przemianę węglowodanową wpływają różne gruczoły wewnątrzwydzielnicze, antagonistyczne i synergiczne, jak wysepki Langerhansa, przytarczyczki, być może również gruczoły ślinowe i łzowe oraz ciałko żółte, gdyż odgrywają zgodną rolę w gospodarce cukrowej. System antagonistyczny tworzą nadnercza, przedni płat przysadki i tarczyca.

Wstrzyknięcia wyciągu z jądra działa na jeden lub drugi system w sensie pobudzenia go lub zahamowania. Zupełnie więc zrozumiała jest możliwość współdziałania jąder i wysepek Langerhansa.

Liczne badania doświadczalne wykazały mianowicie wybitny wpływ trzustki na jądra. Jeden z autorów powyższej pracy badał doświadczalnie wpływ wysepek Langerhansa na czynność jąder.

Mianowicie stwierdzono u 3 świnek morskich samców i u 2 samic, którym wstrzyknięto codziennie wyciągi z jąder w ogólnej ilości od 20 do 07 cm., znaczne powiększenie ilości wysepek Langerhansa, bardziej zaznaczone u osobników płci męskiej. Również stwierdza się zwiększenie rozmiarów poszczególnych wysepek oraz tworzenie się całkiem nowych.

Mamy tu więc do czynienia z hyperplazją i hypergenezą. Zwykle już w 3 godziny po wstrzyknięciu 10 cm. wyciągu z jądra zaznacza się spadek zawartości cukru we krwi, rozmaity u różnych osobników. Zjawisko to nosi nazwę: doświadczalnej hipoglikemji pochodzenia jądrowego.

Dr. Irena Grodzieńska.

———:o:———

DR. K. NORDMEYER. *Czy raka trzonu należy leczyć operacyjnie czy też energją promienistą?* (Zentralblatt für Gyn. Nr. 24, 1935 rok). (Z kliniki Uniwers. w Getyndze prof. H. Martius).

W tutejszej klinice zebrano materjał z przypadków raka trzonu za lata od 1926 do 1930. W przypadkach operacyjnych wykonywa się całkowite usunięcie macicy wraz z przydatkami, następnie naświetla się promieniami Rentgena. Tylko przypadki zupełnie nienadające się do operacji (wyniszczenie, choroby narz. krążenia, stary wiek) leczone są energją promienistą. W ciągu 4-ch tygodni stosuje rad, następnie promienie Rentgena w takiej ilości, że równocześnie naświetlenie miednicy małej wynosi mniej więcej 3000 r. Autor zdaje sobie sprawę, że przypadki le-

czone naświetlaniem i operacyjnie nie są takie równe, jednak to w statystyce nie da się zróżnicować. W latach 1926 — 1930 było 78 przypadków raka trzonu, to mało jak na światową statystykę, są to jednak wszystkie histologicznie potwierdzone przypadki. Z tych 78 przypadków było 62 t. j. 79,5% określone jako operacyjne i 16 — nieoperacyjne. Bezwzględna liczba wyleczeń wynosiła 46,1% (36:78) względne wyleczenie przypadków operacyjnych 58% (36:62). Wyleczenie w przypadkach nienadających się do operacji 0% (0:16).

Z przypadków nadających się do operacji 34 operowano, a 28 leczono energją promienistą. Z 34 operowanych 24 wyzdrowień = *70,6%*.

Z 28 naświetlanych 12 wyzdrowień = 42,9%. Śmierci wskutek operacji 0%. Śmierci przy leczeniu energją promienistą 9,1% (4:44). W 4 przypadkach śmierci (2 przyp. nadające się do operacji i 2 nie nadające się) śmierć wystąpiła w początku leczenia wskutek zatoru. Autor zebrał dane statystyczne z obcych literatur. Otóż ze zbiorowych statystyk wynika: bezwzględnych wyleczeń 39,7%, względne wyleczenie operacyjne przypadków nadających się do operacji 56,8%, a energją promienistą (takich samych przyp.) 50,5%. Liczba wyleczeń przyp. nienadających się do operacji wynosi 0—50% średnio 0,9%. Przy terapji operacyjnej śmiertelność bezpośrednia 0—17,2%, przy terapji promienistej 0—9,1% uderzają zgodne wyniki statystyki Heymanna i Pankowa. Jak wynika z różnych statystyk oraz statystyki autora (dokładnie przeprowadzonej) istnieje przewaga operacji z następowem naświetlaniem — z tego więc należy wyciągnąć praktyczne wnioski. Chociaż Wintz w roku 1934 na IV zjeździe radjologów w Zürichu wyraził zdanie, że rozwiązanie zagadnienia przechyliło się na korzyść energją promienistą.

Dr. Halina Szenicer.

———:o:———

DR. K. J. AUSCHNINO. *O leczeniu radem krwawień okresu przekwitania.* (Zur Radiumbestrahlung klimakterischer Blutungen). Z klin. z Düsseldorfu prof. H. R. Schmidt (Zentralblatt für Gynec. 1936 r.).

Dotychczas nie uzgodniono wskazań i dawkowania przy leczeniu krwawień klimakterycznych. Martius stosuje przy hyperplasia glandularis 1800—2200 mg. elem. godz. u kobiet powyżej lat 40. Naujoks (1934 roku) stosuje 2000—2400 (max) u kobiet powyżej 40 lat. Runge daje tylko 800 jedn. Tiegert po doświadczeniach düsseldorfskiej kliniki daje w klimakterjum 600—800 jedn. przed okresem przekwitania 1000, a u młodych 1200—1500 mg. el. godz. Gauss (1930 r.) 3000 jedn. Jaschke 1800. Eymer 3000 i inni różnie. Wśród tych, którzy stosują do 1200 wyleczeń 90,5%, u tych, którzy stosują powyżej 1200 wyleczeń 98,3%.

W przeciwieństwie do Niemiec Stany Zjednoczone i Anglja określają jako średnią dawkę 1200. Z kliniki Mayo leczono w r. 1933, 295 przypadków ilością 1200 mg. el. g. i podają 98% wyleczeń. Jako wiek najmłodszy dopuszczalny do takiego leczenia podają 40 lat. W klinice Prof. Schmidta przed rozpoczęciem leczenia wyskrobuje się jamę macicy, następnie, nie czekając na wynik badania mikroskopowego zakłada się rad, wyłączając jednak możliwość istnienia nowotworu złośliwego. W tutejszej klinice w r 1928 dawano do 3000 mg. el. godz. w r. 1929 do 2000 w r. 1930 — 1600 — 1000. Obecnie rzadko do 1000. W ciągu 1928—1935 7 lat leczono 128 kobiet zpowodu krwawień poklimakterycznych. Do kontrolnego badania zjawiło się 89 wiosną 1935 roku. Kobiety leczone były w wieku l. 40 — 56, jedna 66-letnia. Wśród tych 89 kobiet wykazano mikroskopowo:

61 przyp. hyperplasia glandularis

2 przyp. endometritis

21 przyp. mikroskopowo obraz normalny.

W tych 89 przypadkach uzyskano następujące wyniki:

63 — natychmiastowe, stałe ustanie krwawień

13 — jednorazowe krwawienie okresowe (menses)

5 — 2 razowe krwawienie okresowe (menses)

3 — 3 — 6 razowe krwawienie okresowe (menses)

5 — nie udało się uzyskać poprawy.

Z tych 5-ciu przypadków 2 przypadki okazały się mięśniakiem, a w 3 przyp. zastosowano bardzo małą (niewystarczającą) dawkę.

Z zestawień autora wynika, że przy zastosowaniu 400 — 600 mg. el. godz. wyleczenie uzyskał w 80%, nie poddało się leczeniu 20%.

Przy ilości 800 — 1200 wyleczeń 98%, niepowodzeń 2%, przy 1500 — 2000 wyleczeń 89%, ponad 2000 mg. el. godz. 100% wyleczeń. Za wyleczenie autor uważa uzyskanie stałej amenorrhoe. Wyniki autora przy dawkach 800 — 1200 odpowiadają wynikom kliniki Mayo przy ilości 1200.

Prawie połowa przypadków autora otrzymała 1000 mg. elem. godz.

W czasie leczenia 128 przypadków nie mieli żadnych powikłań Tylko w dwóch przypadkach temp w czasie leczenia dochodziła do 38,7° i 38,4°. Objawy wypadowe przy niskich dawkach radu nie są bardziej wybitne niż przy fizjologicznem wypadaniu czynności jajników. 64 kobiety badane powtórnie podają uderzenia krwi do głowy, z tych 8 miało te dolegliwości jeszcze przed leczeniem, u 65 wystąpiły zaraz po leczeniu, u 21 wystąpiły w kilka miesięcy — do roku po leczeniu.

Wszystkie pacjentki miały upławy po leczeniu radem, upławy te ustąpiły po kilku tygodniach względnie miesiącach. U 6 pacjentek stwierdzono kolpitis senilis. Autor dochodzi do wniosku, że u kobiet powyżej

l. 42 wystarcza dawka 1000 mg. el. godz., u młodych dawka jest wyższa, ale u młodych niechętnie daje się rad. Powstaje pytanie, jaka jest granica wieku.

Martius leczy radem hyperplasia glandularis po 45 r. życia.

Nauyoks granica wieku 40 lat. Wyjątkowo tylko poniżej 40 lat.

Siegert u kobiet poniżej 40 lat woli usuwać macicę w takich wypadkach.

Stanowisko kliniki Düsseldorfskiej jest następujące: leczy się radem kobiety powyżej 42 lat z krwawieniami klimakterycznemi niezależnie od przyczyny, t. j. czy krwawienia są skutkiem przerostu gruczołowego, czy też nie. Ilość radu 1000 mg. el godz. W lżejszych przypadkach ograniczają się tylko do skrobanki.

U młodych amputuje się macicę nadpochwowo, pozostawiając jajniki.

Dr. Halina Szenicer.

DZIAŁ SPOŁECZNO-LEKARSKI.

INSTYTUT SPRAW SPOŁECZNYCH.

Komunikat informacyjny Nr. 43.

(20 marca 1936 r.).

„GARBOWANIE" ŻYWEJ SKÓRY ZAPOBIEGA ZAWODOWYM CHOROBOM SKÓRNYM.

Jedno z pism fachowych donosi o nowym interesującym sposobie zapobiegania chorobom zawodowym skóry u robotników, narażonych na zetknięcie z substancjami drażniącemi skórę, jak np. terpentyna, parafina, lakiery, smary i t. p. Polega ona na „garbowaniu" żywej skóry rąk w celu uodpornienia jej na czynniki chemiczne.

Oryginalna ta metoda została m. inn. zastosowana przez niemiecką ekspedycję naukową do Afryki, ażeby zapobiec oparzeniom słonecznym. Do „garbowania" skóry zastosowano preparat pod nazwą „Taktokut". Środek ten okazał się doskonały; nikt z ekspedycji nie uległ oparzeniom, mimo silnego wystawienia na działanie promieni słonecznych.

Wynalazcą tej metody jest pewna firma niemiecka, produkująca smary, która stosuje już od dłuższego czasu „garbowanie" skóry rąk u robotników, wrażliwych na smary. Niektórzy z nich zapadali dawniej na bardzo uporczywy wyprysk (egzema), tak, że musieli nawet zaprzestać pracy. Od czasu wprowadzenia „garbowania" skóry przykre te schorzenia zupełnie znikły.

Dzięki temu, że wspomniana firma polecała także swym odbiorcom wynalezioną metodę, „garbowania" skóry, środek ten rozpowszechnił się w Niemczech w wielu zakładach przemysłowych. Stosują go m. in. także fabryki środków wybuchowych, farbiarnie, lakiernie, fabryki preparatów do mycia i czyszczenia przedmiotów, fabryki mebli i aparatów, fabryki azotniaku i t. p.

Metoda „garbowania" skóry została wkońcu zbadana naukowo przez jedną z klinik dermatologicznych, gdzie stwierdzono nietylko jej działanie zapobiegawcze, ale i lecznicze w zawodowych chorobach skóry.

Samo „garbowanie" skóry polega na wtarciu kilku cm^3 garbnika do skóry rąk po dokładnem ich umyciu i odtłuszczeniu. Zabieg wykonywa się codziennie przed rozpoczęciem pracy.

Nowa metoda zapobiegania chorobom zawodowym skóry zasługuje na zbadanie w naszych klinikach dermatologicznych, celem zastosowania jej w praktyce w walce z chorobami zawodowemi w przemyśle.

———:o:———

Redakcja otrzymała:

„POGOTOWIE" (CZASOPISMO IDEOWE) Nr. 3.

Corocznie od trzech lat ukazuje się na swym posterunku wytrwały żołnierz idei naprawy gospodarczej — pismo „Pogotowie" redagowane i wydawane przez magistra J. Rawskiego. W dalszym ciągu, jak corocznie, promieniuje na jego sztandarze Hasło Złotego Rogu.

Brzmi ono stale: *w poparciu produkcji przemysłu polskiego — prawdziwa wolność i odrodzenie.*

Dzieje usiłowań naszego ogółu w dążeniu do wyjścia z zamętu kryzysowego i szczery rezonans, wywołany przez żywotne idee „Pogotowia", świadczą najlepiej o trafności wybranej drogi i celowości wskazań tego pisma. Nic więc dziwnego, że objawiły się one ogółowi jako istotne Hasło Złotego Rogu.

Nie wątpimy przeto, że w drodze dalszego rozwoju i w miarę coraz dalszego przeniknięcia w psychikę naszego społeczeństwa zbudzi wolę ku potędze i powoła do życia wszystkich ludzi małej wiary i pomnoży zastępy ludzi gotowych do Czynu i owocnej pracy.

Tym sposobem Hasło to, przestawszy być tylko efektowną ozdobą sztandaru, stanie się własnością ogółu, jego potrzebą i zadośćuczynieniem.

Z. S.

TREŚĆ:

str.

REDAKTOR:
w/z Dr. Med. Aleksander Kiciński

ADRES REDAKCJI:
Al. Ujazdowskie 34 tel. 9.67-75

WYDAWCA:
Mr. Farm. Zygmunt Sander

ADRES ADMINISTRACJI:
Złota 26 m. 5, tel. 2.11-55

Konto P. K. O. 19.175

Drukarnia „Antiqua", St. Szulc i S-ka, Kacza 7. Tel. 5-04-91.

Nowy
przeciwbólowy i przeciwgorączkowy środek
LUMBAGOL-AGE

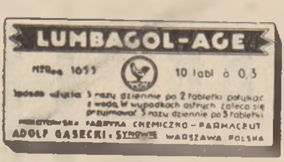
(Nr. reg. 1655)

Wapniowe połączenie kwasu phenylocinchoninowego z chininianem piperaziny i kwasem acetylo-salicylowym.

LUMBAGOL AGE jest energicznym **rozpuszczalnikiem** kwasu moczowego i soli jego moczanów, oraz wybitnym środkiem **moczopędnym.**

LUMBAGOL AGE działa skutecznie w przypadkach, w których inne środki zawodzą.

LUMBAGOL AGE nie posiada żadnego ubocznego działania, nawet przy dłuższem stosowaniu.



Wskazania: Lumbago, ischias, reumatyzm, artretyzm, bóle stawowe, kostne i neuralgiczne, piasek i kamica nerkowa, grypa, przeziębienia, zła przemiana materji i t. p.

Stosowanie: 3 razy dziennie po 2—3 tabletki (lepiej pokruszone), po jedzeniu. **Cena detaliczna zł. 2.—**

Próby na żądanie WPP. Lekarzy wysyła bezpłatnie:

ADOLF GĄSECKI i S-wie, Mokotowska Fabryka Chem. Farm. w Warszawie, Belgijska 7.

Uricedin

WYRÓB POLSKI

jest połączeniem soli zasadowych kwasów roślinnych z podstawowemi składnikami siarczanych wód zdrojowych.

Przez dowóz alkalji kwasów owocowych i przez potęgowanie działania siarczanów, Uricedin pozwala niezasobnym zastępować kosztowną kurację zdrojową leczeniem w domu.

Własności: rozpuszcza i wydala kwas moczowy, usuwa zastoje w krążeniu krwi, zwłaszcza w obrębie żyły wrotnej, pobudza perystaltykę i diurezę.

WSKAZANIA: **dna, gościec, rwa kulszowa, choroby nerek i pęcherza, choroby wątroby, pęcherzyka żółciowego, zaburzenia żołądkowe, zaparcie, otyłość, cukrzyca, miażdżyca tętnic.**

Dawkowanie: 2—3 razy dziennie po łyżeczce Uricediny w szklance wody na $^1/_2$ godziny przed jedzeniem. Ciepły roztwór Uricediny potęguje działanie.

Zakłady Przemysłowe Chemiczno-Farmaceutyczne

„PROTON" Warszawa, Św. Stanisława 9/11

TRICALCINE



ZUPEŁNE UWAPNIENIE ORGANIZMU

otrzymuje się tylko zapomocą

TRICALCINE

Przyswajalne Sole wapnia
w połączeniu z fosforem i magnezem

GRUŹLICA płuc i kości

Krzywica-Zołzy-Rekonwalescencja
Wyniszczenie organizmu
Okres ząbkowania-Próchnica zębów
Podczas ciąży i karmienia
Przy złamaniach kości

TRICALCINE CZYSTA
w proszku tabletkach i opłatkach
TRICALCINE
czekoladowa
wyłącznie dla dzieci
TRICALCINE
z arsenem
z adrenaliną
z fluorem
tylko w opłatkach

CHEM.-FARM. ZAKŁ. PRZEM.-HANDL. L. NASIEROWSKI, WARSZAWA, KALISKA 9.

NOVURIT-CHINOIN
DIURETICUM

DEMALGON-CHINOIN
ANALGETICUM

Reg. Nr. 1825 i 1826

SENSIBAMIN-

CHINOIN

UTERINUM HAEMOSTYPTICUM

Nowy naturalny alkaloid z polskiego sporyszu!

Działanie szybkie, energiczne i długotrwałe!

Tabletki po 0,7 mg SENSIBAMINY.
Ampułki po 1,1 ccm zawierające 0,35 mg SENSIBAMINY.

Spasmoliticum myotrop.
PERPARIN-CHINOIN

Generalne Przedstawicielstwo

Spasmoliticum neurotrop.
NOVATROPIN-CHINOIN

BRESZEL i BRUZDA

WARSZAWA, Ś-to KRZYSKA 35.